

TRINGER LÁSZLÓ

A depresszió: kor-kór?



Tringer László
pszichiáter
egyetemi tanár

Talán kevésbé ismert – de a statisztikai adatok tükrében nyilvánvaló –, hogy a depresszió sokkal több embert érint, mint gondolnánk, és igen súlyos társadalmi és egészségügyi probléma. A depresszió, régebbi nevén melankólia, ezen túlmenően kulturális jelenség is: az irodalom és a művészetek gyakran fordulnak a melankólia és a bűntudat témájához. Az előadás a depressziót több oldalról világítja meg, az idegrendszeri zavarok, betegségtünetek mellett bemutatja a depressziós beteg sajátos világlátását, létélményét is.

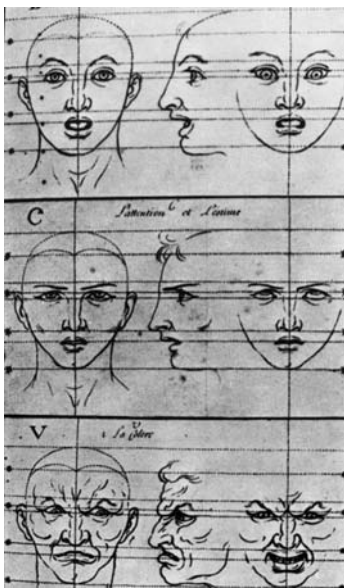
A depresszió gyakorisága: valóban depressziós országban élünk?

Sokat töprengtem azon, miként közöljem önökkel azt a nem éppen szívderítő tényt, hogy hazánk lakosságának körülbelül 15 százaléka élete folyamán legalább egy alkalommal olyan depresszióban szenved, amely orvosi kezelést tesz vagy tenne indokolttá. Aztán hirtelen rádöbbsenem, hogy önök között – akik éppen ezt az előadást hallgatják vagy olvassák – a depresz-

1939-ben született. 1963-ban szerzett általános orvosi diplomát a Budapesti Orvostudományi Egyetemen, 1974-ben az ELTE Bölcsészettudományi Karán klinikai pszichológiából diplomázott. 1987–1990 között elvégezte a Pázmány Péter R. K. Hittudományi Akadémia levelező tagozatát. 1979-ben az orvostudomány kandidátusa lett.

Pályáját 1963-ban a Budapesti Orvostudományi Egyetem Pszichiátriai Klinikáján kezdte, 1989-től egyetemi tanár. 1992–1994 között a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Oktató Kórházának főigazgatója, a Pszichiátriai és Pszichoterápiás Osztály vezetője. 1994-től a SOTE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikájának igazgatója; tanszékvezető egyetemi tanár. A Magyar Pszichiátriai Társaság titkára (1980–1984), főtítkára (1984–1989), elnöke (2001–2004). A WHO Európai Irodájának elmeegészségügyi összekötője és a közép-európai régió koordinátora. Számos tudományos folyóirat – *Ideggyógyászati Szemle*, *L'Information psychiatrique*, *European Journal of Psychiatry*, *Journal of Hospital Medicine*, *Santé Mentale au Québec*, *American Journal of Psychotherapy* – szerkesztőbizottságának tagja.

Főbb kutatási területe: a lelki jelenségek, a magatartási zavarok és terápiájuk, valamint ezek biológiai, szociális és filozófiai összefüggései.



Három tanulmány. Ch. Le Brun rajza, 17. sz.

szió minden valószínűség szerint jóval ritkábban fordul elő. A depresszióra hajlamos személyeknél ugyanis többnyire beszűkül az új dolgok iránti érdeklődés, hiányzik az ismeretek iránti nemes kíváncsiság. Önöket viszont elsősorban a tudásvágy, az érdeklődés, az ismeretlennel való találkozás lehetősége motiválja.

1990-ben néhai Obersovszky Gyula lapja, a másodjára is rövid életű *Igazság* szerkesztősége arra kért, hogy írjak egy cikket a magyar „nemzeti karakter” büntudatosságáról. Íróasztalomnál dolgozva épp arról elmélkedtem, hogy nemzeti himnuszunkban nem csupán az elkövetett, de a majdan elkövetendő bűneink miatt is bocsánatért esedezünk. Szokásom szerint háttérrádióztam, nem is figyeltem a műsorra, amikor egyszer csak megütötték fülemet a súlyos szavak: „bűnösök vagyunk”, majd ismét: „mindannyian bűnösök vagyunk”. Éppen Reményik Sándorra emlékeztek születésének centenáriumán. A költő Nagyváradon, 1929. májusában *Elmégy* című versében azon kesergett, hogy Áprily Lajos Erdélyből áttelepült Magyarországra, Budapestre. Ezt a sajátos, véletlen egybeesést soha nem felejttem el.

Elmégy...

*Kis ör-domboktól roppant ormokig
Erdélyben körbenfut a döbbenet:
Nem ember megy, – hegy-bajtárs
távozik.*

*Ha Te elmégy, emberszó ne zavarja
A hegyek óriási kardalát.
A tetők, „többen száznál és ezernél”
E kurta, bús, utolsó nyáron át
Összegyűjtik szurdukba, szakadékba
Költészeted minden motívumát.
Úgy készülnek a búcsú-riadóra,
Úgy tanulják a nagy szimfóniát.
Ha Te elmégy, emberszó ne zavarja
A hegyek óriási kardalát.*

*Ha Te elmégy, ember ne
búcsúztasson,
Búcsúztassanak Téged a hegyek.
Ne sirassanak érzékeny dalocskák
Csak büszke, nagy, stoikus énekek.
Ha Te elmégy, ember ne
búcsúztasson,
Búcsúztassanak Téged a hegyek.*

*Ha Te elmégy, mi néma csendben
álljunk,
Néma csendben, és lehajtva fejünk.*

*Úgy hallgassuk a hegyek kardalát,
Mely szertezengi: mi voltál
nekünk...*

*Hogy csendes voltál, mint a szikla
lelke,
De szikla-lélekként laktál velünk.*

*Ha Te elmégy, mi néma csendben
álljunk,
Néma csendben és lehajtva fejünk,
Mert mindannyian bűnösök
vagyunk,
Hogy Téged, Téged elveszítethetünk,
Hogy Téged, Téged meg nem
tarthatunk
Ha Te elmégy, mi főlehajtva
álljunk,
Mert így, vagy úgy, de bűnösök
vagyunk.*

*A hegyek óriási kardala
Kísérjen a határig Tégedet,
És zúgjon, harsogjon ítéletet
Országok, népek és idők felett,
És fellebbezze meg a végzetet!
És csikarjon a csillagoktól ki
Egy „viszontlátásig”-ígérteket!!
A hegyek óriási kardala
Kísérjen a határig Tégedet.*



Depressziós arc. A bánat. Ch. Le Brun rajza, 17. sz.

Valóban ennyire jellemző ránk a depresszió, a vele járó büntudat? Egyáltalán, magyar sajtáságról van-e szó, vagy világjelenségről, amely eluralkodik – legalábbis a médiában és a közbeszédben?

A depresszió gyakorisága

Szádóczky Erikának és munkatársainak új keletű felmérése szerint hazánkban a depresszió **élettartam-előfordulása** a felnőtt lakosság körében 16,1 százalék. Hasonló adatokat szolgáltat Kopp Mária és munkacsoportja. Megbízható vizsgálatok alapján a depresszió gyakorisága (módszerek függvényében) 7–15 százalék körül ingadozik. Az Egyesült Államokban a különböző felmérések 5–11 százalék közötti értékeket adnak. Ezek alapján megállapítható, hogy minden hetedik felnőtt élete folyamán legalább egyszer megismeri a depresszió kínjait, nemegyszer pokoli szenvedéseit.

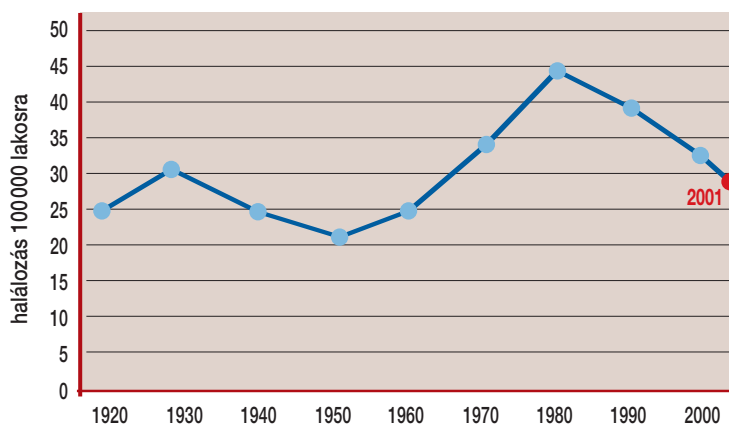
A depresszióhoz szorosan kapcsolódik az öngyilkosság: az önkezdő halállal kísérletezők 70 – Rihmer Zoltán szerint 90 – százaléka depressziós. Ugyanakkor szomorú tény, hogy a visszatérő depresszióban szenvedők közel 20 százaléka előbb-utóbb öngyilkossággal fejezi be életét. Ennek következtében az Egyesült Államokban az öngyilkosság a halálokok rangsorában a hetedik helyen áll.

Élettartam-előfordulás (élettartam-prevalencia):

annak valószínűsége, hogy egy egyén a várható élettartama alatt valamilyen betegségbe – például depresszióba – esik.



A melankolikus, fametszet, 1480



*Öngyilkossági statisztika,
1920–2002*

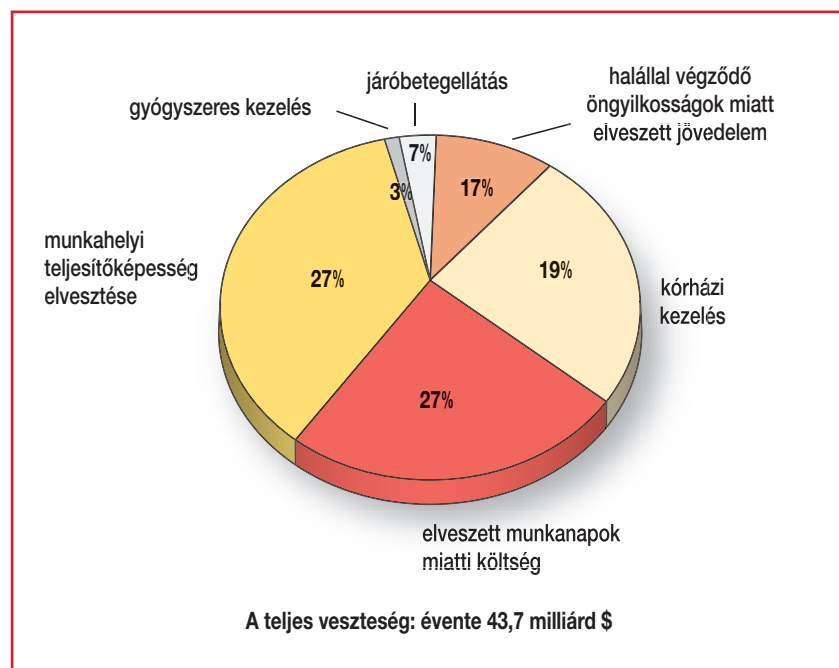
Hazánkban az öngyilkossági statisztika örömdetesen alakul. Míg az 1980-as évek elején a világ szomorú élvonalába tartoztunk, 1985-óta a statisztika folyamatosan javul, s az eltelt másfél évtized alatt az öngyilkosságok száma több mint 30 százalékkal csökkent (jelenleg 29 körül van, 100 000 lakosra számítva). Most is a ranglista elején foglalunk helyet, de pozitív értelemben: ilyen mértékű csökkenés sehol sem tapasztalható. Ez a folyamat még akkor is figyelemre méltó, ha az utóbbi években a csökkenés megtorpanni látszik.

A depresszió okozta társadalmi-gazdasági terhek

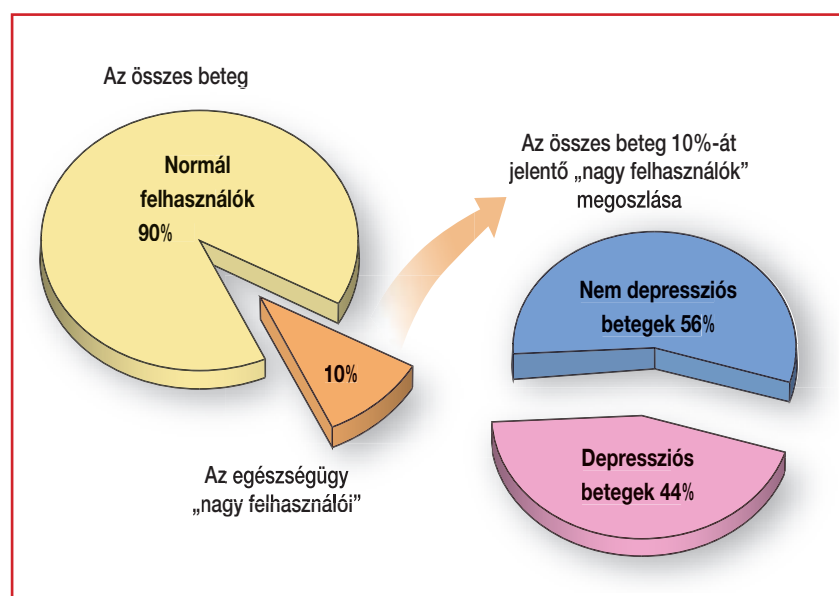
Mentális:

elmebéli, elmeműködéssel kapcsolatos. Gyakran a „lelki” megjelölés helyett használjuk (latin *mens* = elme).

Az Egészségügyi Világszervezet legújabb adatai szerint a modern társadalmakat gazdaságilag leginkább sújtó betegségek listáján az első öt betegség **mentális** természetű. Az első helyen áll az unipoláris, a negyediken a bipoláris depresszió. Más megvilágításban: a mentális betegségek az egészségügyi kiadásoknak 15 százalékát teszik ki, 2010-re ez a szám 20 százalékra emelkedik.



A depresszió költségei (USA)



A depresszió egészségügyi kihatásai

A depresszió háromirányú megközelítése: a depresszió nem csak betegség?

A depresszió történetéből

A civilizáció írott történelme során a depresszióra számos utalás történik már az ősidőkben is. Természetesen az adott kor megnevezéseit használva búskomorságról, melankóliáról, búkórrol stb. írnak a régi krónikások. Gyakori, hogy a történetíró neves személyiségek krónikásként megemlékezik a hős lelki válságairól, akár búskomorságáról is. Az egyik első leírást a Bibliában olvashatjuk. Saul király búskomorságát számos művészeti alkotás is megörökíti. Az egyiket, egy ismeretlen északfrancia mester zsoltár-illusztrációját tankönyvem címlapjának ékesítésére is felhasználtam.

Hippokratész is ismerte a depressziót, amit melankóliának nevezett, mivel úgy vélte, hogy az a testnedvek arányának megváltozására vezethető vissza: a fekete epe (*melainé kholé*) túlsúlyba kerül a többi nedvvel szemben. A melankólia kifejezést egészen a 19. század végéig használták, amikor is a *depressio* kifejezés került előtérbe. *Deprimo–deprimere* annyit jelent, mint „lenyomni”. A szó tehát a hangulat nyomottságát fejezi ki.

Bár a melankóliát az ókor és a középkor nagy orvosai betegségnek tartották, a kor és a kultúra függvényében a depressziós állapotot gyakran lelki válságként, máskor a hit megrendüléseként fogták fel, sőt a tünettan függvényében a beteg esetleg különleges tisztelet tárgya lehetett.

Az orvostudomány fejlődése a 19. században felgyorsult, és ekkortól a depresszió betegség mivolta került előtérbe. Előbb a betegség pontos tünet-tani leírására törekedtek. Emil Kraepelin leírta a **psychosis maniaco-depressiva** kórképét (amelyet ma bipoláris zavarnak nevezünk). Felismerte, hogy a betegség megjelenésében örökletes tényezőknek is szerepe van. Elsősorban Sigmund Freud és követői munkássága nyomán tanulmányozták részletesen a depressziók neurotikus formáit, amelyek eredetét korai gyermekkori lelki sérülésekre vezették vissza.

Mai felfogásunk a depresszióról

A 20. század második felében egyre több adat halmozódott fel, amelyek szerint a depressziók során zavar keletkezik az **idegsejtek közötti információátvitel** biztosító anyagok forgalmában. A kutatások a második évezred utolsó évtizedében (amelyet „Az agy évtizedének” nyilvánítottak) különösen nagy lendületet vettek.

Az idegsejtek közötti jelátvitel a **szinapszis**okban valósul meg. E helyeken az információt speciális anyagok közvetítik, amelyeket **neurotranszmittereknek** nevezünk. (Ma már tudjuk – többek között Vizi E. Szilveszter világszerte ismert kutatásai alapján –, hogy másfajta, közvetlen információátvitel is létezik). Számos ilyen közvetítőanyagot ismerünk. Illusztrációkép-



Gilles, A. Watteau festménye, 1717 körül

Psychosis maniaco-depressiva (mániás-depressziós pszichózis):

a „bipoláris zavar” korábbi elnevezése, a depressziós és mániás szakaszok váltakozása jellemzi.

Idegsejtek közötti információátvitel:

a lelki működéseket az idegsejtek információfeldolgozó tevékenysége teszi lehetővé. A sejtek közötti információközvetítés ezért a lelki tevékenység kulcskérdése.

Szinapszis:

két idegsejt között létrejövő szoros kapcsolat, melyet kémiai anyagok „ragasztanak” össze. A szinapszisban szabadulnak fel a kiindulási idegsejtből a kémiai információ átviteléért felelős anyagok.

Neurotranszmitterek:

kémiai hírvivő anyagok, melyek az idegsejtek közötti információátadásért felelősek. Felszabadulásuk az információt közlő idegsejtből az aktivitást jelzi a fogadó sejt felé.

Szerotonin:

a monoaminok kémiai csoportjába tartozó hírvivő anyag. Az agyban a szerotonin fokozott felszabadulását az alvással, lelki funkciókkal kötik össze. Egy központi agyi sejtcsoportból (DR, MR) indulnak ki a nyúlványok, amelyek a szerotonint tartalmazzák, behálózva az agy szinte valamennyi területét.

Preszinaptikus:

a szinapszis előtti sejthez tartozó; vagyis ez a sejt ad át információt a szinapszison keresztül a „posztzinaptikus” sejtnek.

Szinaptikus rés:

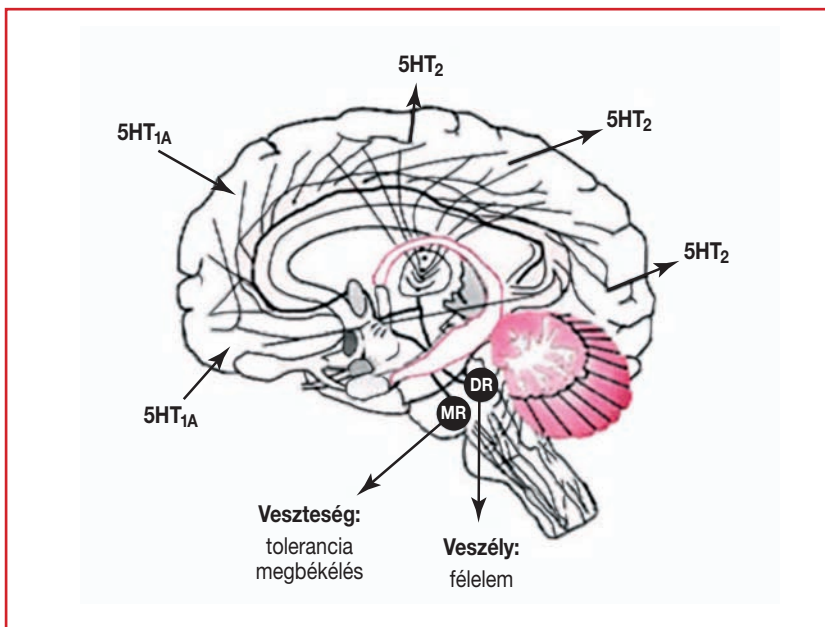
a szinapszisban a két partner idegsejt közötti szűk rés. A kémiai információt átvivő anyagnak ebben a 100 nanométer átmérőjű térben kell a fogadóoldali receptoráig eljutni.

Lélektan:

a normál lelki jelenségek tudománya; tulajdonképpen: a magatartás tudománya.

Biokémia:

az orvos-biológiai tudományoknak a szervezetet felépítő kémiai anyagok hatásaival, szerkezetével, keletkezésével foglalkozó ága.



pen bemutatjuk azokat a pályákat, amelyekben az információt a **szerotonin** nevű anyag közvetíti.

Depresszió esetén a rendelkezésre álló szerotonin mennyisége kisebb a szükségesnél. Ennek következtében a szerotonin által kiszolgált idegi pályák működése megváltozik. Az 1950-es évektől kezdődően a neurotranszmitterek egyensúlyát helyreállító gyógyszerek újabb és újabb változatait állítják elő, és alkalmazzák sikerrel.

A gyógyszerek egyik típusa megakadályozza a szerotonin visszaáramlását az anyasejtbe (**preszinaptikus** visszavétel), ezzel megnöveli a szerotonin mennyiségét a **szinaptikus rés**ben, s ezáltal a depresszió javulását eredményezi. A gyógyszerek egy másik típusa a szerotonin (vagy más neurotranszmitter) lebontását gátolja, s ilyen módon éri el a neurotranszmitter szintjének növekedését. A depresszióban a szerotonin mellett a noradrenalin, illetve ennek szinaptikus hiánya is jelentős szerepet játszik. A szerotonin egyébként számos **kórlélektani** állapot kialakulásában is szerepet játszik. Magyar kutatók (Arató Mihály és munkatársai) mutatták ki, hogy összefüggés van a szerotonin hiánya és az öngyilkosság súlyos formái között.

A kutatások megerősítették a depressziók keletkezésére vonatkozó **biokémiai** elméleteket. Ma már azonban tudjuk, hogy a depresszió jóval bonyolultabb, nem lehet kizárólag egy vagy több hírvivőanyag relatív hiányával magyarázni. Az igazat megvallva, még abban is bizonytalanok vagyunk, hogy okról vagy okozatról, azaz kísérőjelenségről van-e szó. A gyógyszeres terápia eredményei mindenesetre arra utalnak, hogy az agy biokémiájának zavara a depressziós állapotokban nagy szerepet játszik.

Tény, hogy az agyi anyagcserezavar elsődleges a depresszió egy szűkebb – egyszázalékos előfordulása – csoportjában, amelyet korábban **endogén**, ma inkább **primer depresszió**nak nevezünk. Ide tartozik a már említett bipoláris zavar is. A depressziók nagyobb részénél viszont elsősorban az egyéni lelki hajlam játszik szerepet, amelyet kedvezőtlen életesemények

betegséggé súlyosbíthatnak. A személy betegségmentes állapotban is magában hordozza a depresszióra való hajlam magatartási és szubjektív jegyeit. Ezekről a későbbiekben még lesz szó.

A depresszió mint betegség: milyenek a depressziós betegek testi, magatartásbeli és lelki tünetei?

A depresszió tünetei

Orvosilag a depresszió diagnózisa meghatározott tünetek együttes előfordulása esetén állítható fel. A tüneteket a lelki működések tartományai szerint három csoportba soroljuk.

- › Testi (vegetatív) tünetek: alvászavar, fáradtság, étvágyzavar (csökkenés vagy ritkábban növekvés), fogyás (vagy hízás). Ezenkívül számos testi tünet fordulhat elő, amelyek az orvost megtéveszthetik, és testi betegség gyanúját kelthetik.
- › Magatartási tünetek, amelyek a környezet számára a legkorábbi figyelmeztető jelek: lehangoltság, koncentrációzavar, döntésképtelenség, aktivitáscsökkenés, munkaképtelenség, visszahúzódás, bezárkózás, a mozgások meglassulása, görnyedt testtartás, sajátos arckifejezés, öngyilkossági kijelentések, esetleg kísérlet. Jellemző a betegre az örömképesség és a humorérzék elvesztése.
- › Szubjektív, lelki tünetek: szomorúság, kedvetlenség, szorongás, félelem, aggodalom, reménytelenség, önleértékelés, önutálat, önvád, bűntudat, ellenségeség-érzés, halálvágy, öngyilkossági fantáziák.

A **testi tünetek** előtérbe kerülése esetén az orvos, sőt gyakran a beteg maga sem ismeri fel, hogy depresszióról van szó. Különböző vizsgálatok kezdődnek (a tüneteknek megfelelő szakorvosnál), esetleg téves diagnózisok születnek, és tévútra vezető kezelések következnek. 1983-ban *A lelki beteg útjai és útvesztői* címen egy tanulmányt tettem közzé, amelyben a fel nem ismert lelki betegek sorsát követtem az egészségügyi útvesztőiben. Sajnos a húsz évvel ezelőtti megállapítások – ha nem is olyan súlyos mértékben, de – még ma is érvényesek.

Tünet	Gyakoriság (%)
lehangoltság	95–100
alvászavar	95
koncentrációzavar	90
öngyilkossági fantáziák	80
étvágyzavar	85
fáradtság	75
reménytelenség	50
téveszmék	35
öngyilkossági kísérlet	15



Depressziós testtartás. A bánat. V. van Gogh rajza

Endogén vagy primer depresszió:

a lakosság mintegy egy százalékát érintő, elsősorban biokémiai zavarokra visszavezethető depresszió, amely többnyire egy bizonyos idő elteltével (általag fél év alatt) magától is oldódik. A bipoláris zavarok mindegyike ide tartozik.

Vegetatív:

az idegrendszernek az a része, amely nem áll közvetlen akaratlagos befolyásunk alatt. Belső szerveink működését szabályozza.

Testi tünet, testi betegség:

olyan tünet és betegség, amely kimutatható testi elváltozással jár.

A depresszió tünetei



Tünetcsoport

fájdalom-szindrómák
egyéb szubjektív tünetek
szív és keringés
gyomor és bélrendszer
urogenitális rendszer

Larvált depressziók

Epizodikus:

a depressziók egyik lefolyási típusa, amelyben a depresszió vagy a mánia bizonyos időtartam után oldódik.

Fázikus:

az „epizodikus” megjelölés régebben használatos változata.

Szélütés:

a *stroke* angol eredetű szó megfelelője; keringési eredetű agyi katasztrófa.

Agyi érlemeszesedés:

az agy vérellátásának fokozatosan kialakuló zavara, amely az általános érlemeszesedés része. Változatos tünetekkel jár, amelyek vezető tünete többnyire az elbutulás.

Ha a viselkedésváltozás van előtérben, gyakori, hogy a környezet értetlenül, nemegyszer elutasítóan bánt a beteggel. A hozzátartozók erkölcsi, fegyelmi kérdésként kezelik az érthetetlen magatartás-változást, és minduntalan azt hajtogatják: „Szedd már össze magad!”

Elsősorban a szubjektív tünetek okozzák a gyakran elviselhetetlen szenvedést. Súlyos depressziósok a legbrutálisabb öngyilkossági kísérletet is képesek végrehajtani, csak hogy szenvedéseiktől megszabaduljanak. Ha a depresszió elsősorban a szubjektív tünetek formájában jelenik meg, sokáig rejtve maradhat. Legfeljebb a közvetlen hozzátartozók észlelnék valami változást – elsősorban jó családi kapcsolatok esetén. Gyakori, hogy egy-egy „váratlan”, érthetetlen öngyilkossági kísérlet után derül ki, hogy miről is van szó. Végzetes öngyilkosság esetén néha még akkor sem: „érthetetlen” önkész halálnak mondják a történeteket.

A depresszió formái

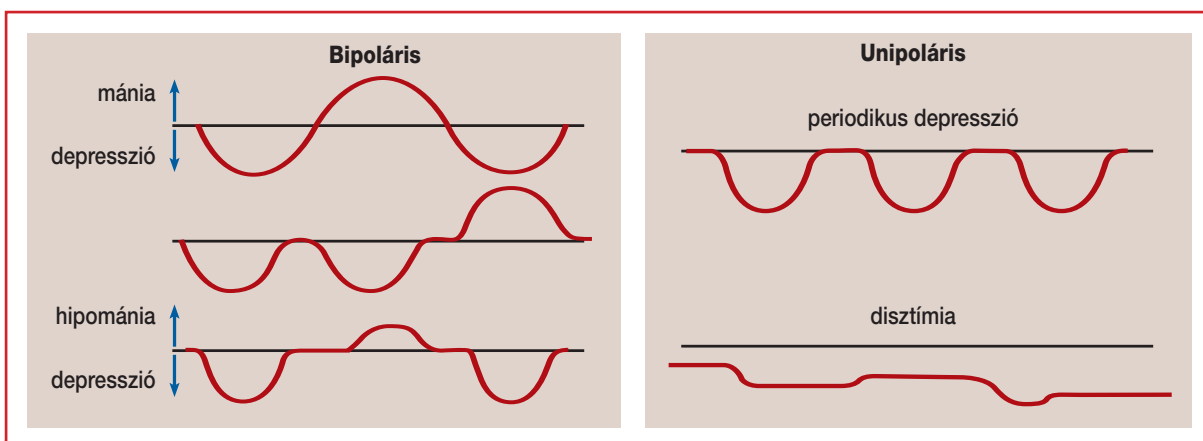
A depresszió egyes formáit leginkább a hosszú távú (gyakran évekig tartó) megfigyelés alapján tudjuk elkülöníteni.

1. **Epizodikus** vagy **fázikus** lefolyási formák esetén a betegség időszakosan jelentkezik, bizonyos ideig (átlagosan hat hónapig) tart, majd oldódik, s a beteg visszanyeri teljes egészségét. Az ún. unipoláris formánál a depressziós időszakokat egészséges életszakaszok követik. A bipoláris forma esetén a depressziós időszakok között felhangoltsággal, túlzott aktivitással jellemzett állapotok fordulnak elő.

2. Az idült, hullámzó lefolyású depressziók egy része az agy károsodására, sérülésére vagy valamely szervi betegségére vezethető vissza. Legismertebb a **szélütést** követő depresszió. Máskor az **agyi érlemeszesedés** vezet depressziós állapothoz. Számos más testi betegséget is kísérhet depresszió, sőt lehet egy testi betegség első tünete. E csoportot „**organikus** depresszió” névvel illetjük.

Az idült, hullámzó lefolyású formakörben a személyiségstruktúrához köthető depressziók (amelyeket ma **disztímiás** zavarnak, korábbi szóhasználatnál **neurotikus** depressziónak nevezünk) vannak túlsúlyban. Az ebben szenvedők – még jó állapotban is – gyakran terhet jelentenek környezetük

A depresszió lefolyásának típusai



számára: jellemző rájuk az örök pesszimizmus, a sok panaszkodás, mindennek a negatív megközelítése. Egyik ilyen betegem hosszas panaszáradat után azt fejtette: ő bizony nem hagyja, hogy mások irányítsák az életét, szeret maga dönteni. Egy alkalmas pillanatban a következőképp foglaltam össze e depressziós „filozófiát”: Ön mintha azt mondaná: „Ragaszkodom hozzá, hogy azt tehessem, amihez rossz kedvem van.”

A depresszióknak ebben a formájában az élet eseményei jelentős szerepet játszanak. Az állapotot súlyosbíthatják érzelmi veszteségek, lelki traumák. A depressziók során a testi és lelki tényezők szorosan összefonódnak. Egyes esetekben a testi megnyilvánulások vannak előtérben, máskor inkább lélektani vagy szociális faktorok játszanak szerepet.

A depresszió betegség kezelése

Az eddigiekből nyilvánvaló, hogy minden először jelentkező depressziós beteget gondosan ki kell vizsgálni, hiszen – mint láttuk – a tünetek mögött testi betegségek is meghúzódhatnak. Amennyiben ilyen kórképet találunk, akkor természetesen annak kezelése az elsődleges. Ha például a depressziós tünetek háttérében időskori agyi keringési zavar áll, keringésvédő, vérnyomás-szabályozó gyógyszereket kell adni a betegnek. A depresszió korszerű gyógykezelése biológiai és pszichoterápiás módszerek együttes alkalmazását jelenti.

Biológiai gyógymódok

A biológiai gyógymódok között a gyógyszerek az elsődleges szerep. Hazánkban minden korszerű **antidepresszív** készítmény beszerezhető, és támogatással rendelhető. Az **újgenerációs** szereknek – bár drágábbak, mint a régebbiek – csak kevés **mellékhatása** van. Ennek következtében a betegek a gyógyszert jobban tűrik, és szívesebben működnek együtt az orvossal. Vagyis az adófizetőnek olcsóbb a drágább gyógyszerrel való kezelés: ugyanis a nem kezelt depresszió gazdasági következményei sokkal súlyosabbak. A London School of Economics számításai szerint a nem kezelt depresszió költségei huszonháromszor magasabbak a kezelés költségeinél!



Lidércnyomás. Henry Fuseli festménye, részlet, 1781

Organikus:

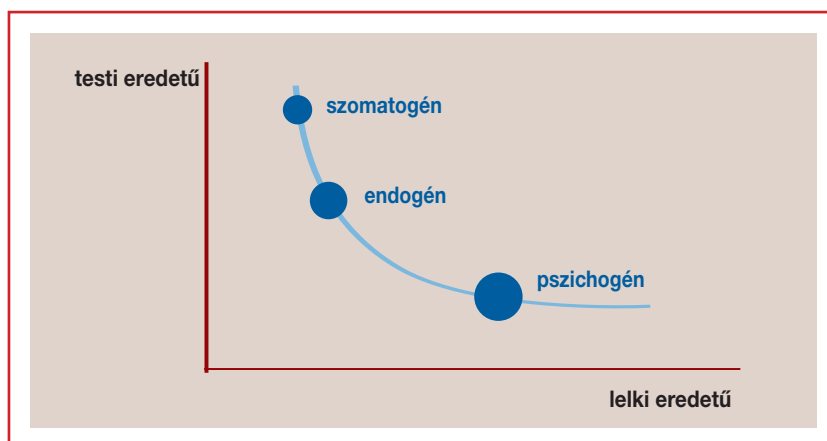
szervi eredetű (szemben a lelki eredetűvel).

Disztímiás:

a depressziók azon formája, amely idült hullámzó lefolyású, és döntően a személyiség sajátos szerkezetére vezethető vissza.

Neurotikus:

ma már ritkán alkalmazott kifejezés olyan lelki és magatartási zavarok átfogó elnevezésére, amelyek a személyiség sajátosságainak következtében alakulnak ki, s amelyekben környezeti események jelentős szerepet játszanak.



A depressziók háttere



Antidepresszív:

depresszióellenes hatású gyógyszer vagy más beavatkozás.

Újgenerációs:

azon gyógyszerek elnevezése, melyeket egy bizonyítottan hatékony gyógyszer típusból kiindulva fejlesztenek ki, hatásuk hasonló, de valamilyen tekintetben jobb az elődénél (pl. kevesebb mellékhatásuk van).

Mellékhatások:

a gyógyszerek gyógyító hatása mellett gyakran más, nem várt hatásokat is kifejtenek a szervezetben; ezért vagy a szükségesnél nagyobb dózis, vagy az a lehetőség a felelős, hogy ugyanazok a biológiai célobjektumok (pl. receptorok) más funkcióért felelős szervrendszerekben is előfordulnak.

Elektrosokk:

ma inkább elektrokonvulzív kezelésnek nevezik. Rövid áramimpulzussal mesterséges epilepsziás rohamot váltanak ki, amely altatásban és izomrelaxálás mellett történik. Évtizedekig szinte az egyetlen hatásos pszichiátriai gyógymód volt, amelynek bizonyos szűk területen ma is jelentősége van.

Alvásmegvonás:

a depresszió kezelése során ritkán alkalmazott módszer: a beteg alvásidőjét megrövidítjük, sőt akár egész éjszaka nem hagyjuk aludni (felügyelet mellett); a depressziók egy típusánál hatásos módszer.

A depresszióban alkalmazott gyógyszerek hatása csak lassan, két-négy hét alatt mutatkozik (az esetleges mellékhatások előbb jelentkezhetnek). Ezért is nagyon fontos, hogy a beteget kellően felvilágosítsuk. Mivel nincs rohamos javulás, a beteg hajlamos idő előtt abbahagyni a gyógyszerek szedését arra hivatkozva, hogy „nem használ”. Gyakori, hogy a depresszióval együtt járó szorongás, nyugtalanság miatt átmenetileg nyugtatószereket, esetleg altatót is adunk a betegnek.

Súlyos depressziók esetén az életet fenyegető testi leromlás következhet be azért, mert a beteg nem vesz magához ételt és italt – különösen, ha egyedül él. Máskor az öngyilkosság közvetlen veszélye áll fenn. Ilyen súlyos, kórházban kezelendő állapotokban nem várhatunk a gyógyszerek hatásának kifejlődésére, hanem **elektrokonvulzív (elektrosokk)** kezelést alkalmazunk, természetesen altatásban. Bár az emberek fejében sok előítélet kering e kezelési móddal szemben, meg kell mondanunk, hogy ez az egyik legveszélytelenebb és leghatásosabb eljárás, amely esetenként életmentő lehet.

Ritkábban más biológiai gyógymódokra is sor kerül: ilyen például az **alvásmegvonás** vagy a **fényterápia**.

Pszichoedukáció

A depresszió gyógyszeres kezelésével párhuzamosan a beteggel lelkileg is foglalkozunk. Mindenekelőtt részletesen felvilágosítjuk a betegség mibenlétéről, a kezeléssel kapcsolatos gyakorlati tennivalókról, a várható kilátásokról. Tájékozódunk a betegségről alkotott saját **hipotézisei** felől. A betegeknek ugyanis megvan a saját elképzelésük arról, hogy mi vezethetett jelenlegi állapotukhoz. Gyakori, hogy környezetüket, családjukat, házastársukat okolják betegségük miatt. Ezért is fontos, hogy a beteget felvilágosítsuk a depresszió valódi természetéről, s elképzeléseit a realitások felé közelítsük. Fokozatosan megtanítjuk arra, miként kell a betegséggel átmenetileg vagy akár egész életében együtt élnie úgy, hogy az életvitelét csak a lehető legkisebb mértékben korlátozza. Ezt a sok időt igénylő információszolgáltatási folyamatot pszichoedukációnak is nevezzük. Kellő felvilágosítás híján számos tipikus hiba és terápiás zsákutca következik, például az alábbiak:

-) a beteg megmarad a reménytelenség és kétségbeesés állapotában, és az öngyilkosság felé sodródik;
-) a betegségről alkotott hamis elképzeléseknek megfelelően hibás, nem-egyszer a saját és családja életét is felforgató döntéseket hoz;
-) mivel a kezeléstől azonnali eredményt vár, csalódásában megszünteti az orvossal való együttműködést;
-) rászokik a mellékesen alkalmazott nyugtatókra, altatókra, és **gyógyszerfüggővé** válik;
-) a depresszió meglétét félreismerve, betegségét továbbra is a testi tünetek alapján, testi betegséggé kezelte;
-) ha a depresszió mellett tényleges testi betegsége is van, nagyon gyakran a depresszió kezelését elhanyagolja.

A kezelés során a hozzátartozók bevonására is szükség van. A pszichoedukáció folyamatában ők is részt vesznek, hiszen alapvetően fontos, hogy a családnak is helyes képe legyen a betegség mibenlétéről. Kellő felvilágosítással meg lehetne előzni, hogy családok sokasága hulljon szét a depresszió miatt.

Pszichoterápiák

A szorosabb értelemben vett pszichoterápia a depresszió típusának függvényében alakul. Amennyiben primer, döntően biológiai eredetű depresszióról van szó, a pszichológiai foglalkozás a depresszióra jellemző gondolkodási stílus korrekciójára irányulhat (**kognitív** terápia). Ennek hatása alatt a depresszió tünetei enyhülnek, visszatérő depresszió esetén a beteg könnyebben viseli az állapotával járó lelki terheket. A depresszió ugyanúgy visszatér, de könnyebben boldogulok vele – mondta egy orvos betegem, amikor a korábbi terápia hasznáról kérdeztem.

Ha a depresszió kialakulásában a **személyiség struktúrájának** jelentős szerepe van, akkor a személyiségre irányuló, különféle megközelítésű terápákat alkalmazhatunk, amelyek megválasztásában az orvosnak vagy pszichológusnak a képzettsége is szerepet játszik.

A depresszió mint a személyiség sérülékenysége

A depressziók többségét korábban gyakran a neurotikus kategóriába sorolták, újabban a **karakterológiai** depresszió megjelölést is használják. Nem szeretném az olvasókat a pszichiátriai terminológia kalandos útjaival szórakoztatni; legyen elég annyi, hogy az előbbi, biológiai eredetű depresszióval sújtott egyént a hozzátartozók szemében a „teljesen megváltozott” kifejezés jellemezné. Akikről most fogunk beszélni, azokra inkább a „mindig is ilyen volt” leírás illik. Ezeknél a személyeknél nem feltétlenül alakul ki orvosilag definiált betegség. Egész életüket leélhetik állandó panaszkodás, pesszimizmus, keserűség, mártíromság közepette. E boldogtalanok azonban könnyen beteggé válnak, és a testi betegségek megjelenése is gyakoribb náluk, mivel lelki sérülékenységük a testi funkciókat is legyengíti.

A depressziós karakter gyökerei

A depressziós karakter gyökereit a gyermekkorban kell keresnünk. Itt most csak a legfőbb tényezőket emeljük ki, amelyek a sérülékeny személyiség kialakulását elősegíthetik:

- › nyílt vagy rejtett elutasítás a szülők részéről (a túlzott kényeztetés is erre utalhat),
- › a gyermekkori családban uralkodó durva, brutális légkör,

Fényterápia:

a depressziók egy csoportja javul, ha a beteget rendszeresen intenzív megvilágítású helyiségbe helyezzük.

Hipotézis:

feltételezésként felállított elmélet.

Gyógyszerfüggő:

egyes idegrendszerre ható (első-sorban nyugtató- és altató-) szerek szükségesnél hosszabb ideig tartó használata során a szervezetben hozzászokás alakul ki. A gyógyszert a beteg nem képes elhagyni, mivel a megvonás rendkívül kellemetlen, nemegyszer súlyos tünetekkel jár. A gyógyszert sokan a kábítószeres módjára bódult tudatállapot előidézésére használják.

Kognitív:

a megismeréssel kapcsolatos; a pszichológiának és pszichoterápiának egyik mai irányzata.

Személyiségstruktúra:

a személy egyedi vonásainak összessége, amelyek az egyénre jellemző magatartásmódokat meghatározzák.

Karakterológia:

régebbi értelmezésben: jellemtan. Mai használatban a személyiség állandó adottságainak gyűjtőneve, amelyek például a depresszióra való hajlamban jutnak kifejezésre.



Negatív értékmozzanatok:

a depressziós az észlelt valóság negatívumaira érzékeny: például „De szép idő van.” – „Igen, de holnapra rosszat mondott.”

Negatív torzulás:

a depressziósok hajlama a valóság negatív színben való észlelésére.

Attitűd:

állandó jellegű reakciómódban kifejezésre jutó beállítódás, amely különböző szituációkban is biztosítja a személy egyediségét.

Kognitív tetrád:

kognitív négyes: az önmaga, az én és a másik, a világ és a jövő; a valóság észleletének fő tartományai.

- › csonka vagy széthullott család,
- › a szülők súlyosan patológiás személyisége, alkoholizmusa, kábítószer-fogyasztása,
- › súlyos fokú nevelési hibák (például a túlzottan tekintélyelvű vagy a túlzottan engedékeny nevelési stílus).

A gyermekkori szocializáció egyéb, még sok szempontból ismeretlen hatásaival is számolnunk kell. A depressziós karakter fennállását valószínűsíti, ha az egyénnél már gyermekkorban neurotikus tünetek, különféle magatartászavarok fordulnak elő, illetve ha a szociális készségek területén (például kapcsolatteremtés, a saját érdekek kifejezése stb. terén) feltűnő hiányosságok mutatkoznak.

A depressziós kognitív rendszer

A depressziós karakter lényegét az információfelvétel és -feldolgozás sajátosságaiban ragadhatjuk meg. A kognitív tudományok (a megismeréssel kapcsolatos tudományok) rohamos fejlődése az elmúlt években a depressziók kérdését is új megvilágításba helyezte.

A depressziós egyén az információkat negatív irányban torzítja. Nagyobb valószínűséggel vesz fel és továbbít **negatív értékmozzanatokat** tartalmazó jeleket, és választ ennek megfelelő viselkedési alternatívákat. A **negatív torzulás** következtében az egyén sajátosan torzult képet alkot önmagáról, másokhoz fűződő viszonyáról, a világról és a jövőről is. Ezeket az **attitűdöket** illetően Aaron Beck nézeteit finomítva **kognitív tetrádról** beszélünk.

Diszfunkcionális attitűdök

A depressziós karakterben a valóság alábbi négy tartományával kapcsolatosan sajátos attitűdök alakulnak ki, amelyek „segítségével” a negatív torzulás megvalósul.

1. Az önmagunkkal kapcsolatos beállítódások negatív torzulását negatív önképnek nevezzük. Az egyén értéktelennek, különlegesnek, betegnek, új dolgokra képtelennek érzi magát. A negatív önélmény ilyen és hasonló „magántörvények” formájában fejeződik ki:

- › másokkal összehasonlítva magam alulmaradok;
- › rajtam nem lehet segíteni;
- › más vagyok, mint a többi ember stb.

2. A másokkal való kapcsolat torzulásaira a következő megfogalmazások a legjellemzőbbek:

- › engem nem lehet szeretni;
- › hogy szeressenek, előbb tennem kell érte valamit;
- › ha valaki azt állítja, szeret, azt próbára kell tenni;
- › aki nincs velem, ellenem van / Aki nem ért velem egyet, ellenségem stb.



József Attila 1935-ben



Ophelia. J. E. Millais festménye, 1852

3. A depressziós hasonlóképpen a világot is sötét szemüvegen keresztül látja, amit az ilyen megállapítások tükrözhetnek:

- › az életnek semmi értelme;
- › az élet csupa hajsza, gürcölés;
- › az emberek csak érdekből ragaszkodnak egymáshoz;
- › a férfiak a nőkben csak eszközt látnak stb.

4. A depressziós egyén jövőképe reménytelen. Mivel a jövőbe vetítve is negatív eseményeket vár el, a lehetőségek gazdag tárháza sem létezik számára. A jövő előre megjósolható rossz, a depressziós ezért nem megvalósítja a jövőt, hanem az megtörténik vele. Valahogy így:

- › nem örülök, ha valami jó ér, mert utána úgyis rossz következik;
- › bele sem kezdek egy kapcsolatba, úgyis elromlik;
- › nem sok időt jósolok magamnak;
- › minden rosszra előre fel kell készülni stb.



A szangvinikus, fametszet, 1480

A valóságnak a fenti és hasonló magántörvényekbe való kényszerítése olyan gondolkodási műveleteken keresztül valósul meg, amelyeket összefoglalóan logikai hibáknak nevezünk. Már a fenti mondatok is utalnak a túlzó általánosítás hibájára: az egyszeri tapasztalatból általános törvény lesz. „Elhagyott a szerelmem – engem mindenki elhagy.”

Az egyik sajátos logikai „művelet” az ok-okozat felcserélése: „Súlyos beteg vagyok, ezért állandóan gyógyszert kell hordanom magammal. – Súlyos beteg vagyok, hiszen állandóan gyógyszert kell hordanom magammal.” Ezt nevezem némi humorral „hipochonder logikának”.

A depressziós, korábban neurotikusnak mondott karakter sok szempontból veszélyeztető állapot. Egyrészt az ilyen embereknek könnyen kialakulhat a depresszió-betegség, másrészt az egyén testi betegségekre is fogékonyabb. Gyakran látjuk, hogy ezekben az esetekben egyébként banális műtétek is szövődménnyel gyógyulnak, gyakrabban lépnek fel allergiás, autoimmun betegségek.



Vincent van Gogh utolsó önarcképe, 1890

**Terapeuta:**

pszichoterápiát végző személy.

Ontológia:

lételmélet, a filozófia egyik ága, amely a lét legáltalánosabb kérdéseivel foglalkozik.



A flegmatikus, fametszet, 1480

Teendők a depressziós karakter esetén

Ha orvosilag is minősíthető depresszió alakul ki, akkor annak megfelelő gyógyszeres kezelést is alkalmazunk. Ugyanakkor korán meg kell kezdeni a személyiség korrekciójára irányuló pszichoterápiát is. A szakma mai álláspontjának megfelelően a kognitív rendszerre irányuló célzott, ún. kognitív terápiát alkalmazzuk a leggyakrabban. Természetesen más módszereket is használhatunk – például a pszichodinamikus vagy a „személyközpontú” eljárásokat. A siker nem is annyira a módszerben rejlik, hanem a pszichoterápiás kezelés elérhetőségében és a **terapeuta** felkészültségében. Mivel az állami egészségügyi szolgálat keretében többnyire tömegrendelés folyik, az időigényes pszichoterápia a magánrendelőkbe szorul vissza.

Személyiségfejlesztő pszichológiai foglalkozásra azoknak is szüksége lenne, akik orvosilag nem minősülnek betegnek, de a depressziós karaktervonások problémákat okoznak nekik (és környezetüknek). Számos pszichológiai módszert ismerünk, amelyek igénybevétele nyilvánvalóan a lakosság pszichológiai igényességének és fizetőképességének függvényében alakul.

Milyen a depressziós életérzés?

Az imperativizmus

Részben saját vizsgálataim győztek meg arról, hogy a depressziót az információfeldolgozás negatív eltolódásánál még általánosabb és alapvetőbb torzulás jellemzi. E torzulás a beteg **ontológiai** dimenzióját érinti, vagyis a lét-hez fűződő legáltalánosabb kapcsolatát. Míg a harmonikus személy a valóságban gyökerezik, a depressziós egyén léthez való kötődése bizonytalanabb. Míg szerencsés esetben életünk ezer szállal kötődik a valósághoz, ahhoz, ami „van”, a depressziós ahhoz ragaszkodik, ami „kell”, de nincs ott. A hipotézist igazolandó egy egyszerű kísérletet terveztem, amelynek segítségével szövegek elemzése alapján kimutattam, hogy a depressziósok beszédében szignifikánsan több „kell” típusú kijelentés fordul elő, mint nem depressziósok szövegeiben. A „kell” a létezés potenciális, meg nem valósult mozzanataira utal. A depressziós így a Lét és a Semmi között lebeg. A „kellek” eluralkodását imperativizmusnak nevezzük.

A „léthiányokból” összerakott létezés

Mindennapos tapasztalat, hogy a depressziós lelki szenvedés sajátos nyelvhasználatban fejeződik ki. A depresszióra hajlamosak kiragadott létmozzanatokkal határozzák meg önmagukat. Ritkán képesek arra, hogy egészen, hitelesen átéljék magukat, az egész helyett egy-egy jelentéktelen mozzanat válik uralkodóvá. (Például: Leejtettem a poharat, lám milyen szerencsétlen vagyok.) A kiragadott részletek többnyire keserű jajsavak; önmaguk megélt léte szenvedéssel, bajjal, gyűlölettel, nyomorúsággal van tele.

	Pszichoterápiás beteg	Kontroll
Alanyok száma	10	10
Átlag	20,48	10,10

Imperatív kijelentések

A depressziós létmód negatív torzulása mögött – ami lényegében ismeretelméleti kérdés – tehát egy mélyebb, alapvetőbb ontológiai probléma húzódik meg. Ha a negatív öndefiníciókat alaposabban megvizsgáljuk, feltűnik, hogy a negatív önértékelésen átsejlik az, ami nincs, de ott kellene lennie. Amikor a „jövöm kilátástalan” kijelentés elhangzik, felsejlik egy jobb jövő lehetősége. Honnan tudja a depressziós, hogy van jobb, szebb, boldogabb jövő, hogy az önző, szeretetlen emberek elvileg önzetlenek és szeretetteljesek is lehetnének? Csak úgy képzelhető el, ha valamilyen ismeretük mégis van a szépről, a jóról, az igazról. A bajok tengerén át felsejlik az elveszett Paradicsom. Mert ami hiányzik, az valamiképpen, fogyatékosan mégis ott van, nem semmisül meg teljesen. A szenvedő, az öngyilkosság felé botorkáló úgy sóvárog az elérhetetlen jó után, mint ahogy Platón gondol az ideák elvesztett világára (*anamnészisz*). Ez az „ontológiai sóvárgás” olyan, mint a szenvedélybetegek sóvárgása a szer után.

A depressziós lét tehát léthiányok eluralkodása, ahol a világ színes gazdagsága eleve meghatározott alapszínekre redukálódik (ezeket sémáknak nevezzük) – többnyire fehérre és feketére. A jövő eseményeinek izgalmasan kiszámíthatatlan játéka előre tudott bizonyossággá unalmasodik (rossz lesz, kudarcot vallok, kapcsolatom úgyis előbb-utóbb elromlik stb.). A depressziós létben, különösen az öngyilkosságot megelőző állapotban nincs lehetőség arra, hogy a Lét teljes gazdagsága feltárulkozzék, az egyént magával ragadja és elvarázsolja, mivel csak gondolkodási sémáinak kerítésére át van módja önmagából kitekinteni. Így csak elszórt létezőket észlel, de nem képes a Létet egészében megragadni. A Létnek nincs esélye arra, hogy önmaga potenciális végtelenségét feltárja, mivel eleve rögzített sablonokba kényszerül. Az egyén életét nem szabad döntéseket hozó autentikus önmaga vezérli többé, hanem a jövőből elővételezett torz önjóslatok. A depressziós egyén jelene például aszerint alakul, hogy egy jövőbeni veszély (amely irreális ugyan, de számára mégis abszolút bizonyosság) elkerülhető legyen.

Az inautentikus lét

A Karl Jaspers szerinti **autentikus** léttől a sémákba kényszerült tengődés felé történő elcsúszás olyan ontológiai dimenzió mentén történik, amelynek egyik végpontján a transzcendens Lét, a másikon az ontológiai értelemben vett Semmi áll. A Semmi üzenete a szorongás, ahogy azt Søren Kierkegaard, J.-P. Sartre vagy Martin Heidegger tanítja. A depressziós szenvedés során az egyén negatív öndefiníciókkal veszi körül magát. Nem „van”-mozzanatokból építkezik, hanem „nincs”-ekből, igazában tehát a Semmi felől barkácsolja össze magát.

A szenvedő lét az ontológiai lejtőn való lefelé csúszás, amelynek aljára sodródva az öngyilkosság kérdése egyre nagyobb erővel vetődik fel. A létezésnek az a formája, amely az öngyilkosságot megelőzően az egyénre különösen jellemző – eltávolodás a valóságtól; ezt a formát a mély, érzelmmel teli átélés hiánya jellemzi. Átélni azt érdemes, ami jó, és a valóság a depressziós számára nem az. A Létnek, a „vanságnak” hiányos átélése teszi ért-



Ádám és Éva kiűzetése. Lucas van Leyden metszete, 16. sz.

Autentikus:

önvezérelt, képes önálló döntéseket hozni, amelyek figyelembe veszik a döntések jövőbeni következményeit is.

Inautentikus:

külső események, személyek, jövőbe vetített várakozások határozzák meg a személy döntéseit.



Ady Endre. Tihanyi Lajos rajza,
1918

hetővé, miért kacérkodnak e szerencsétlenek a halállal. A szenvedő hátat fordít a Létnek, kétségbeesett tekintetét a Semmibe mereszti. A Semmi bűvkörébe kerül, amely nemegyszer magával ragadja.

A szenvedőnek természetesen nincs fogalma a Semmiről, nem filozófus. A Semmit összekeveri a halállal, a megsemmisülést a meghalással. Amikor önkézével vet véget életének, igazában nem meghalni akar, hanem feloldódni a semmiben, azaz megsemmisülni. „Én nem akarok meghalni – mondja egy költő betegem tizenvalahányadik öngyilkossági kísérlete után –, csak átmenni a halálon.”

Míg az autentikus létet az idő végtelen tengelyén a „lesz – van – volt” kifejezésekkel rögzíthetjük, addig a depressziós a „még nincs” és a „már nincs” közé szorult (szorongó), a „van” helyett „nem nincs”-csel jellemezhető.

*Nézz, Drágám kincseimre,
Lázáros, szomorú nincseimre
S legyenek neked sötétek, ifjak:
Őszülő tincseimre.*

Valószínű, hogy Ady Endre is felismerte magában nincsei halmozódását.

Az időinverzió

A neurotikus és a depressziós létmódra – mint már említettem – az időhöz való sajátos viszony jellemző. Míg az átlagember számára a múlt lezárul, a jövő ellenben nyitott, a depressziósok lelkében mindez inkább fordítva van. Nem tudnak elszakadni a múlttól, a jövő azonban eleve elrendezett (negatív) események sorozata számukra. A jelenséget időinverzióknak neveztem. A múlttól való elszakadásra való képtelenség a „mi lett volna, ha...” típusú kérdésekkel való állandó viaskodásban nyilvánul meg. A patológiás létmód velejárója, hogy a jövő „eleve meg van írva”, az élet nem más, mint keserves gürcölés arcunk verejtékével Jozafát völgyében.

Depresszió és életminőség

A depresszió problémájában való elmélyedés – mint látjuk – az emberi lét alapvető kérdéseit érinti. Az életminőséggel kapcsolatos kutatások arra utalnak, hogy e fontos mutató elsősorban szubjektív minősítésekből áll. Az életminőséget lényegében meghatározó kritériumok (statisztikai értelemben az ún. központi, G-faktor) – egy nagyszabású vizsgálat alapján – a következők:

-) életöröm,
-) rosszkedvű ébredés (negatív értelemben),
-) reménytelen jövő (negatív értelemben),
-) problémák általában (negatív értelemben),
-) általános érzelmi állapot,
-) lelki egészség,
-) az élet általában.

Inverzió:

megfordulás. Az idő irányára vonatkoztatva: mintha az idő a jövőből a múltba tartana.

Arra gondolhatnánk e tételek hallatán, hogy valamilyen depresszió-tünetlistáról van szó. Vagyis a G-faktor lényegében egy depresszió-dimenzió, mint ahogy azt számos vizsgálat is igazolja. A szubjektív életminőség és a depresszió között magas szintű **negatív korreláció** mutatható ki. A **depresszió-skálák** lényegében ugyanazt mérik, mint a szubjektív életminőség, csak az utóbbi valamivel átfogóbb kategória. Kimondhatjuk tehát, hogy a depresszió valamiféle „ellen-életminőség”, mint ahogy az életminőség lényegében egyfajta „nem-depresszió”.

Negatív korreláció:

két dolog közötti fordított összefüggés: ahogy növekszik az egyik, úgy csökken a másik.

Depresszió-skálák:

olyan pszichológiai eszközök, amelyek segítségével a depresszió súlyosságát hozzávetőlegesen számszerűen is ki tudjuk fejezni.

Megelőzhető-e, kivédhető-e a depresszió?

Harmadlagos megelőzés

A depresszió betegség megelőzésére számos új lehetőségünk nyílt az utóbbi években. A periodikusan visszatérő, különösen a bipoláris depressziók ritkábban jelentkeznek, sőt akár el is maradnak lítium-sók hatására. Megfelelő adagolásban, rendszeres vérszint-ellenőrzés mellett a lítium-adagolás veszélytelen. Újabban más, többnyire az epilepszia kezelésében használt gyógyszerekről is kiderült, hogy megelőző hatásuk van a bipoláris zavarok esetén. Amennyiben a lítium nem adható, e szereket használjuk. A depresszió megelőzésében rendkívül nagy jelentősége van az orvos–beteg kapcsolatnak. A pszichoedukáció keretében a beteget felkészítjük arra, hogy korán észrevegye depressziójának esetleges újbóli jelentkezését.

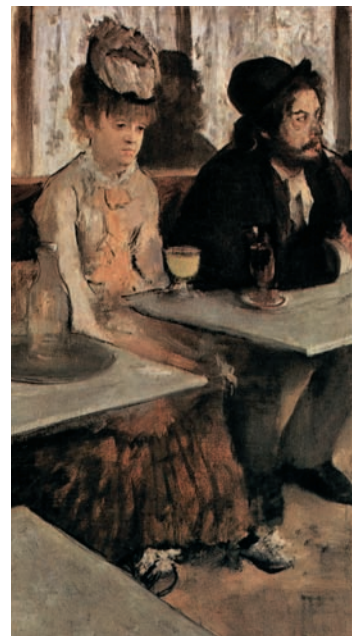
Másodlagos megelőzés

Az időben elkezdett depresszió elleni kezeléssel megelőzhetjük a súlyosabb állapot kialakulását. A megelőzés fontos eleme, hogy az orvos – elsősorban a háziorvos – időben észrevegye a tünetek mögött meghúzódó depressziót, s időben adjon segítséget vagy juttassa a beteget szakorvoshoz. A depressziók megelőzését célzó programok – így a Johan Béla Népegészségügyi Program is – nagy hangsúlyt helyeznek az orvosok szakmai továbbképzésére.

Elsődleges megelőzés

A depressziós karakter kialakulásának megelőzése az általános elmeegészségügyi törekvések részeként értelmezhető. A lelki egészség fenntartása és fejlesztése nem csupán a depressziók, hanem az egyéb lelki és mentális zavarok megelőzését is segíti. A Magyar Mentálhigiénés Szövetség több mint harminc tagszervezete rendkívül szerteágazó tevékenységet fejt ki az ország egész területén.

A lelkileg egészséges személyiségek kialakulásának elsődleges „műhelye”



*Lehangoltság. Abszint mellett.
Degas festménye, részlet*



A kolerikus, fametszet, 1480

a család. Minden olyan kormányzati intézkedésnek, amely a családot mint alapvető egységet támogatja, komoly mentálhigiénés kihatása van. Jelentős szerep jut az iskolának is. A több éve akkreditált „mentálhigiénikus” másoddiploma pedagógusok és más szakemberek százait készíti fel arra, hogy munkahelyükön különös gonddal képviseljék a mentális egészség szempontjait, segítséget nyújtsanak azoknak, akik lelki egészségükben veszélyeztetve vannak.

Befejezés: válasz a kiinduló kérdésekre

Térjünk most vissza az első fejezetben feltett két kérdésre: a depresszió gyakoriságára, illetve a melankólia és a nemzeti karakter összefüggésére.

A depresszió látszólagos gyakoribbá válásának okai

Valóban korunkra jellemző, egyre gyakoribb betegségről van szó? Ha egy szóval akarunk válaszolni, a válasz: nem.

A depresszió látszólagos szaporodásának okai többfélék:

- › az orvosi nevezéktan átalakulása (korábban másként, például neurózisnak neveztük a depressziók jelentős részét);
- › az orvosok depresszióval kapcsolatos ismereteinek gazdagodása;
- › a közvélemény figyelmének ráirányulása a depresszióra;
- › az epidemiológiai módszerek érzékenységeinek növekedése;
- › a depresszióellenes szerek gyártásában, forgalmazásában, felhasználásában érdekelt csoportok marketingtevékenysége.

Mindemellett a depresszió gyakoribb előfordulása mögött valós folyamatok is rejtőznek. A lakosság pszichológiai kultúrájának fejlődése következtében egyre több személy képes lelki problémáit pszichológiai nyelvezetben megfogalmazni, nem szorul arra, hogy szubjektumának feszültségeit testi betegségként jelenítse meg.



Juhász Gyula 1935 körül

Depresszió és „nemzeti karakter”

Bár számos adat szól amellett, hogy a magyar nyelvű kultúrkör melankóliára hajlamos – sőt Szádóczy Erika adatai is magasabbak, mint a legtöbb hasonló statisztika –, semmiképpen nem állítható, hogy valamely ún. nemzeti sajátosság és a depresszióban rejlő általános emberi problémák között különleges kapcsolat állna fenn. Kétségtelen, hogy az irodalomban tükröződő „nemzeti önkép” gyakran mutat melankolikus, büntudatos vonásokat. Számos költőnk, írónk orvosilag is depressziósnak minősíthető (Vajda János, Juhász Gyula, Reményik Sándor, Vörösmarty Mihály és mások.). És mint a

bevezetőben már említettem, valószínűleg nincs még egy ország, amely nemzeti himnuszában nemcsak az elkövetett, de a jövőbeni bűnök miatt is bocsánatért esdekel.



*V. Károly. Tiziano festménye
részlet, 1532–1533 (balra)*

Rettegett Iván és fia, Iván.

*I. J. Repin festménye, részlet, 1885
(jobbra)*

Ugyanakkor a melankólia történelmi korok meghatározó szellemi áramlataként is megjelenik, nem csak hazánkban, és nem csak jelen korunkban. A melankólia az ókorban szinte kiváltságos állapotnak minősült, a melankolikust nemegyszer kivételes tisztelet övezte. A középkorban a melankólia az Istentől való elszakadás állapotát, a bűn következményét jelentette. Korunkban a depressziós önmagában viaskodik, létének értelmét, életének célját keresi. A magyar nyelvű kultúra mindig is része volt a szellemtörténet nemzetek feletti vonulatainak. A depressziót illetően is Európában vagyunk.



Ajánlott irodalom

Akiskal, Hagop S. – Arató Mihály és mások: Depresszió '88.
Bp.: Magyar Pszichiátriai Társaság, 1988. [!1992]

Becker, Joseph: Depresszió. Elmélet és kutatás. Bp.:
Gondolat, 1989.

Buda Béla: Az öngyilkosság. Bp.: Animula K., 1997.

Földényi F. László: Melankólia. Bp.: Akadémiai K., 1992.

Kielholz, Paul: A depressiók diagnosisa és therapiája a
gyakorlatban. Bp.: Medicina, 1968.

Szádóczky Erika: Kedélybetegségek és szorongásos zavarok
prevalenciája Magyarországon. Bp.: Print-Tech K., 2000.

Tringer László: A pszichiátia tankönyve 2. kiad. Bp.:
Medicina, 2001